

---

# **L'intervention durant les premiers stades de la psychose**

*Quelques conclusions pertinentes et nouvelles pratiques*

Préparé par :  
Elizabeth Lines, chef de projet  
*Projet d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes*

---

## Remerciements

Le *Projet d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes* est une initiative du bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), mise en oeuvre grâce au Fonds pour la santé de la population de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

Nous tenons à remercier les conseillers qui ont fourni de précieux commentaires lors de l'élaboration du présent document.

Exemplaires supplémentaires :

On peut télécharger ce document en anglais ou en français à partir du site Web du bureau national de l'ACSM à l'adresse : [www.cmha.ca](http://www.cmha.ca)

Des commentaires?

Communiquez avec : Elizabeth Lines

Chef du Projet d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes

Association canadienne pour la santé mentale

Bureau national

2160, rue Yonge, 3<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M4S 2Z3

Tél. (416) 484-7750

Télec. (416) 484-4617

Courriel : [cmhanat@interlog.com](mailto:cmhanat@interlog.com)

Site Web : [www.cmha.ca](http://www.cmha.ca)

Février 2000

# L'intervention durant les premiers stades de la psychose

## *Quelques conclusions pertinentes et nouvelles pratiques*

### Contexte

Ce document a été rédigé dans le cadre d'une initiative nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) intitulée *Projet d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes*. Ce projet de 19 mois, qui se termine à la fin du mois d'août 2000, vise à informer les intervenants sur le premier épisode psychotique chez les jeunes et la nécessité d'intervenir rapidement et efficacement pour atténuer la gravité de cette maladie, favoriser le rétablissement complet et maximiser la qualité de vie des personnes atteintes.

Ce document fournit un survol des concepts d'intervention précoce et des découvertes récentes sur la psychose. Il se veut une introduction au phénomène de la psychose et non une analyse critique des complexités conceptuelles et méthodologiques inhérentes à ce domaine. Les lecteurs intéressés à approfondir les différents aspects de l'intervention durant les premiers stades de la psychose sont invités à consulter les ouvrages de la bibliographie.

Même si de plus en plus de ressources abordent maintenant le premier épisode psychotique, les méthodes actuelles d'intervention durant les premiers stades de la psychose s'inspirent des conclusions de nombreuses recherches sur la schizophrénie. Selon un examen récent des résultats à long terme et des facteurs ayant sur eux une incidence, plus de 50 p. 100 des patients schizophrènes continuent d'éprouver des symptômes positifs et négatifs modérés, de s'isoler et de nécessiter du soutien à long terme et des hospitalisations occasionnelles (Malla et coll., 1999). Toutefois, seul un nombre limité de prédicteurs seraient modifiables, dont la durée de la psychose non traitée (DPNT), l'ambiance familiale et la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Bien que les recherches n'aient pas encore établi de relations de cause à effet, il semble que plus on raccourcit la DPNT, meilleurs sont les résultats. C'est pour cette raison que les initiatives d'intervention précoce connaissent en ce moment un véritable essor et que l'ACSM a entrepris un projet visant à encourager la réduction de la DPNT chez les adolescents.

À l'échelle internationale, la recherche et la pratique clinique ne cessent d'évoluer. Plusieurs études se penchent actuellement sur l'efficacité à long terme de l'intervention précoce et ont déjà obtenu des résultats encourageants (Falloon et coll., 1998). En conclusion, ce document présente divers programmes canadiens d'intervention durant les premiers stades de la psychose.

## Introduction

Par «intervention précoce», on entend les approches thérapeutiques qui accordent une grande importance au moment et à la nature de l'intervention offerte aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique. Le terme «précoce» signifie le plus rapidement possible après le déclenchement des symptômes psychotiques, alors qu'«intervention» fait référence à une démarche complète, intensive, personnalisée et adaptée au stade d'évolution de la psychose. Dans le présent document, le terme «intervention précoce» s'applique à l'orientation actuelle des pratiques et recherches cliniques liées au traitement des premiers stades de la psychose. Au fur et à mesure que progressent les recherches, il sera possible de ressortir les meilleures pratiques à observer dans le domaine.

L'emploi du terme «psychose» est également significatif. D'après les études, la majorité des premiers épisodes psychotiques sont liés à la schizophrénie ou à d'autres troubles schizophréniformes (Edwards et coll., 1998; Power et coll., 1998). Cependant, la nature de la maladie n'est pas connue au moment du premier épisode psychotique, et ce sont les symptômes psychotiques qui exigent une attention immédiate. À ce stade, l'établissement d'un diagnostic définitif est considéré comme un geste prématuré et inutile sur le plan clinique, puisque les répercussions à long terme de la psychose ne surgiront que petit à petit. Lors des premiers stades de la maladie, on recommande d'employer le terme «psychose» parce qu'il est plus exact et permet d'écarter les préjugés et craintes que suscite un diagnostic de schizophrénie (McGorry et coll., 1997).

L'issue de la schizophrénie diffère selon les personnes. Environ 20 p. 100 des personnes schizophrènes se rétablissent complètement, tandis que 15 p. 100 développent une incapacité chronique par suite de la maladie (Linszen et coll., 1998). Selon un rapport publié en 1998 par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), 300 000 Canadiens et Canadiennes âgés de 16 à 30 ans souffrent de schizophrénie et 70 000 d'entre elles doivent prendre des médicaments sur une base continue pour prévenir la rechute. Dans l'ensemble, on estime à 2,3 milliards de dollars par année les coûts directement imputables à la maladie (surtout des séjours à l'hôpital) et à 2 milliards de dollars les coûts annuels indirects. Au Canada, un lit d'hôpital sur 12 est occupé par une personne schizophrène. Comme les études précédentes se sont concentrées sur les populations hospitalisées, elles n'ont pas tenu compte des personnes ayant vécu un premier épisode psychotique sans hospitalisation. Elles ne donnent donc pas un juste aperçu du potentiel de rétablissement de la schizophrénie (Power et coll., 1998). Or, l'application de stratégies d'intervention précoce a tendance à réduire le nombre d'admissions et la durée des séjours à l'hôpital.

L'incidence d'un premier épisode psychotique est évaluée à 15 à 20 cas sur 100 000, tandis que la schizophrénie se manifesterait chez 12 à 15 personnes sur 100 000. Environ 1 p. 100 de la population souffrira de schizophrénie à un moment ou un autre. Bien que cette affection touche autant d'hommes que de femmes, elle se déclare plus tôt chez les hommes, c'est-à-dire entre le milieu de l'adolescence et le début de la vingtaine. Chez les femmes, les premiers symptômes se manifestent entre le début de la vingtaine et de la trentaine. L'apparition de la psychose pendant

l'adolescence ou au début de la vie adulte peut modifier considérablement, voire perturber, le cours d'une vie.

*L'apparition d'un grave trouble psychiatrique comme la psychose durant cette étape de la vie risque d'entraîner des conséquences désastreuses : croissance interrompue, conflits ou rupture avec les membres de son entourage ou de sa famille, perte de perspectives d'avenir. Dans nombre de cas, elle déclenche ou accentue des problèmes secondaires comme le chômage, la toxicomanie, la dépression, la violence dirigée vers soi et la délinquance.*

*(traduction libre, Edwards et McGorry, 1998, p. 168)*

D'où la nécessité de choisir des interventions qui tiennent compte à la fois de cette étape critique du développement et de la phase de la maladie.

Les études menées sur le traitement optimal du premier épisode psychotique donnent des résultats prometteurs. L'une d'entre elles associe, par exemple, un taux de rétablissement complet de 74 p. 100 au traitement à base de neuroleptiques (délai moyen de 36 semaines avant la rémission) (Lieberman et coll., 1992). Sans compter que les programmes d'intervention précoce semblent réduire considérablement le recours à l'hospitalisation (McGorry et coll., 1998).

### **But de l'intervention précoce**

L'intervention précoce a pour but d'améliorer les résultats thérapeutiques en favorisant le rétablissement le plus complet possible et en diminuant, par le fait même, les cas d'incapacité et les coûts (humains et financiers) à long terme qui sont attribuables à la schizophrénie. Les stratégies sont donc conçues pour limiter la durée de la psychose – avant et pendant le traitement – et pour prévenir la rechute.

### **Étiologie de la psychose**

La psychose est un trouble du cerveau qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Parmi ses principaux symptômes, on compte les hallucinations, les idées délirantes et les pensées désorganisées. On croit que l'apparition de la psychose et de la schizophrénie résulte de multiples facteurs, bien que la cause précise demeure inconnue. On explique actuellement la maladie à l'aide d'un modèle de type biopsychosocial, qui reconnaît la contribution et l'interaction potentielles de facteurs d'ordre biologique, psychologique et social.

À titre d'exemple, le risque de développer la schizophrénie s'accroît lorsque la maladie a déjà frappé un ou plusieurs membres de la famille. Si l'un de ses parents souffre ou a souffert de schizophrénie, un enfant a 10 p. 100 de probabilités d'en être atteint. Chez les jumeaux identiques, si l'un des deux souffre de schizophrénie, l'autre a 40 p. 100 de risques de développer la maladie. Autrement dit, la maladie affectera les deux jumeaux dans quatre cas sur 10, mais seulement l'un des deux dans six cas sur 10. Par contre, on a observé que 85 p. 100 des personnes schizophrènes n'avaient aucun proche parent atteint de la maladie (McGlashan et coll., 1996).

Les modèles actuellement évoqués pour expliquer la psychose se basent sur une hypothèse mettant en cause des facteurs de stress et de vulnérabilité. Le déclenchement de la maladie, sa gravité et la tendance à rechuter sont considérés comme le résultat d'une interaction entre un ou plusieurs facteurs de stress environnementaux et une vulnérabilité biologique héréditaire ou résultant de facteurs prénatals ou périnatals (voir l'analyse de Norman et Malla, 1993a, 1993b). Les facteurs de stress comprennent les problèmes familiaux ou scolaires et la consommation de drogues (souvent associée au premier épisode psychotique et à la rechute) (Addington et coll., 1998; Linszen et coll., 1998). McGlashan et coll. (1996) expliquent brièvement les preuves scientifiques du rôle des facteurs de stress et de vulnérabilité dans le déclenchement de la schizophrénie.

Selon le modèle décrit par Mueser et Glynn (1995), un certain nombre de facteurs de protection, dont les capacités d'adaptation, le soutien du milieu et la médication adéquate, peuvent modérer l'impact des facteurs de stress et atténuer la vulnérabilité d'une personne. L'apparition et la gravité de la maladie dépendront des niveaux de vulnérabilité et de stress, et de l'étendue des facteurs de protection.

### **Étapes du premier épisode psychotique**

On répartit généralement le premier épisode psychotique en quatre étapes : prodrome, phase aiguë, début du rétablissement et fin du rétablissement. La description qui suit s'inspire en grande partie des directives cliniques australiennes – élaborées à partir de l'expérience clinique, des recherches menées et des points de vue d'un groupe d'experts (National Early Psychosis Project Working Party, 1998) – ainsi que des observations de McGorry et Edwards (1997).

#### **Prodrome**

Le terme «prodrome» désigne la période qui précède l'apparition des symptômes psychotiques, mais qu'on ne détecte souvent qu'après le déclenchement de la maladie. Avec du recul, la plupart des personnes qui ont traversé un épisode psychotique peuvent en reconnaître les signes ou symptômes avant-coureurs. Au nombre de ces signes, on compte la méfiance, la dépression, l'anxiété, la tension, l'irritabilité, les sautes d'humeur, la colère, les troubles du sommeil, le changement d'appétit, le manque d'énergie ou de motivation, les problèmes de mémoire, les perceptions déformées, la détérioration des habitudes de travail ou scolaires, l'isolement social et les croyances inhabituelles.

Comme on peut le constater, il est parfois difficile d'interpréter les signes associés au prodrome et de les distinguer des états transitoires qui accompagnent un grand nombre de situations quotidiennes, d'étapes développementales, d'affections ou d'autre états. Ces indicateurs sont d'autant plus significatifs lorsque la personne qui en fait l'expérience présente également un risque élevé de psychose en raison de ses antécédents familiaux ou développementaux. Le prodrome et sa valeur prédictive dans le déclenchement de la psychose font actuellement l'objet d'une foule de recherches.

### **Phase aiguë**

Cette étape se caractérise par des hallucinations, des idées délirantes et de graves troubles de la pensée. C'est habituellement à ce moment que la personne atteinte se fait soigner et que l'hospitalisation peut s'avérer nécessaire. En règle générale, le traitement comprend l'administration de médicaments antipsychotiques et vise les objectifs suivants : maîtrise de la psychose; prévention ou traitement des troubles connexes (le cas échéant) comme la toxicomanie; adaptation et réadaptation psychosociale.

### **Début du rétablissement**

Cette étape couvre les six premiers mois suivant le traitement des symptômes aigus. Il s'agit alors de mettre en place un cadre psychosocial personnalisé qui maximisera le rétablissement au fur et à mesure que se dissipent les symptômes positifs. Parmi les interventions utilisées, citons le counseling individuel et familial, la thérapie cognitive et l'acquisition de différentes habiletés.

### **Fin du rétablissement**

Cette étape s'échelonne sur six à 18 mois après la période initiale de rétablissement. À ce stade, il faut prendre des décisions concernant la durée de la médication et des autres soutiens thérapeutiques en tenant compte des besoins du patient. Il s'agit ici de favoriser le rétablissement complet et de prévenir la rechute. Dans le cas d'un premier épisode psychotique, on a observé des taux de rechute de 50 p. 100 dans les dix mois suivant la fin de la médication.

En général, les cinq premières années suivant le déclenchement de la psychose sont jugées critiques. Le but global de la période de rétablissement est d'aider les clients à comprendre l'évolution de la maladie et à acquérir les habiletés nécessaires pour atteindre leurs objectifs personnels.

## **Durée de la psychose non traitée (DPNT)**

La psychose constitue essentiellement un traumatisme d'ordre neurologique semblable à une agression interne dirigée contre le cerveau. Un jeune ayant vécu un épisode psychotique le compare même à une « explosion » dans sa tête. Malgré l'intensité des symptômes, la période comprise entre le déclenchement de la psychose et le début du traitement est souvent très longue. Malheureusement, nous avons des preuves concluantes que plus on attend avant de traiter la psychose, moins le pronostic est favorable.

L'étude prospective de Loebel et coll. (1992), qui a suivi pendant deux ans 70 personnes ayant vécu un premier épisode psychotique, est souvent citée dans ce contexte. La durée de la psychose non traitée (DPNT) et la durée de la maladie non traitée (DMNT, p. ex. psychose et prodrome) ont servi de variables indépendantes, tandis que le délai et le degré de rémission ont servi de variables dépendantes. Les chercheurs ont observé une DMNT moyenne de 151 semaines et une DPNT moyenne de 52 semaines. La DPNT avait des liens significatifs avec les deux variables dépendantes. Plus la DPNT se prolongeait, plus la rémission tardait à se déclarer et moins elle était complète. On a aussi constaté un lien entre une longue DMNT et un faible degré de rémission. Ces conclusions indiquent également que la

psychose peut demeurer longtemps non traitée, ce qui accroît la résistance au traitement (Edwards et coll., 1998). Soulignons que d'autres données scientifiques indiquent un meilleur taux et degré de rétablissement chez les personnes ayant connu une DPNT plus brève (McGorry et coll., 1996).

La DPNT risque surtout de se prolonger lorsque la maladie se déclare progressivement et que le dépistage est retardé, situation qui complique l'intervention précoce (Falloon et coll., 1998). À petite échelle, on a comparé des patients schizophrènes ayant connu une DPNT prolongée (244 semaines en moyenne) et brève (15 semaines en moyenne). Chez le groupe ayant une longue DPNT, la maladie est apparue de façon plus insidieuse et moins aiguë, masquant ainsi certains changements au niveau du fonctionnement. De plus, l'isolement et le réseau social insuffisant sont venus entraver sérieusement le traitement (Larsen et coll., 1998). Parmi les autres facteurs socioculturels qui influent sur la DPNT, citons les préjugés, l'accessibilité des soins, les compétences et connaissances des fournisseurs de soins et la perception des membres de la famille, des amis et du patient (Malla et coll., 1999).

Pour comprendre les motifs de ces délais, certaines études ont analysé les modes d'accès aux soins médicaux : À qui les gens font-ils appel une fois qu'ils ont remarqué un problème? Même si le chemin emprunté diffère d'une personne à une autre, les omnipraticiens, les membres de la famille et les amis semblent d'importantes sources d'aide chez les patients en voie de rétablissement (Lincoln et coll., 1998).

### **Période critique**

Des preuves s'accumulent sur les conséquences du non-traitement de la psychose et des troubles neurologiques. L'identification d'une «période critique» dans l'évolution de la psychose justifie amplement le recours aux stratégies d'intervention précoce et la nécessité de réduire la durée de la psychose non traitée (DPNT).

Par le passé, les interventions auprès de patients atteints de psychose ont toujours fait peu de cas du stade et de la durée de la maladie (Birchwood et coll., 1998, p. 53). Birchwood et ses collaborateurs résument les preuves à l'appui de l'influence considérable des premiers stades de la psychose sur l'évolution de la maladie. Selon eux, il s'agit d'une «période critique» ayant d'énormes répercussions sur la prévention secondaire des déficiences et incapacités qui accompagnent la psychose (p. 53). Voici quelques-unes de leurs conclusions :

- ❑ Les aptitudes sociales antérieures du patient constituent le meilleur prédicteur du rétablissement sur le plan social (p. 53); d'où l'importance de préserver ou de restaurer ces aptitudes le plus rapidement possible.
- ❑ L'effet «plateau» : les recherches suggèrent que la détérioration des facultés mentales se produit durant la période prépsychotique et au début de la psychose, qu'elle soit traitée ou non (p. 54), mais qu'elle se stabilise parfois après deux à cinq ans et peut même être renversée chez les personnes les plus atteintes.

- ❑ Rechute précoce : malgré la variété des définitions et des méthodologies utilisées dans les études, les taux de rechute au cours des deux premières années atteindraient 30 p. 100 à 60 p. 100.
- ❑ Pronostic à long terme : dans la moitié des cas de premier épisode psychotique, l'intervention donne des résultats cliniques et sociaux satisfaisants.
- ❑ Suicide : les taux de suicide des personnes atteintes de schizophrénie se situent entre 8 p. 100 et 15 p. 100. Les jeunes hommes ayant un quotient intellectuel ou un niveau de scolarité élevé courent le plus de risques. Les premières années après l'apparition des symptômes constituent la période la plus vulnérable.
- ❑ Selon les conclusions des auteurs, dans les cas où il y a détérioration des fonctions mentales, celle-ci est beaucoup plus marquée au cours des deux ou trois premières années. C'est aussi durant cette période que prennent forme les diverses influences psychosociales, y compris les réactions familiales et psychologiques au développement de la psychose et aux services psychiatriques (p. 53).

McGlashan et coll. (1996) soulignent également l'importance de reconnaître les différents stades de la schizophrénie et leurs répercussions sur le traitement. Dans leur examen de «l'histoire naturelle» de la schizophrénie, ils mentionnent la prédominance des symptômes positifs durant les premiers épisodes psychotiques, l'instabilité des symptômes positifs et négatifs et leur malléabilité durant le traitement. Les symptômes négatifs seraient par ailleurs plus courants et plus stables pendant les stades subaigu et subchronique, mais auraient tendance à se stabiliser et à prédominer au cours des stades avancés. Plus il y a d'épisodes psychotiques, moins le traitement semble avoir d'impact sur ces symptômes (Lieberman et coll., 1996).

### **Intervention durant les premiers stades de la psychose**

L'identification rapide des cas est évidemment la première étape de l'intervention, dont l'objectif ultime consiste à réduire la durée de la psychose (Edwards et coll., 1998). Le dépistage précoce d'une maladie n'est valable que si l'on dispose déjà d'un traitement efficace (Falloon et coll., 1998, p. 33). Bien que l'efficacité à long terme des interventions dès le premier épisode psychotique n'ait pas encore été prouvée, nous savons que certaines stratégies parviennent à améliorer l'issue des troubles schizophréniques déclarés. Ces stratégies incluent surtout les traitements aux neuroleptiques, combinés à des interventions psychosociales (Falloon et coll., 1998).

McGlashan et ses collaborateurs (1996) se reportent à l'analyse exhaustive des données du traitement menée par Lehman et coll. (1995). La Patient Outcome Research Team, ou PORT, a conclu que trois formes de traitement s'étaient avérées très efficaces lors d'essais cliniques : (1) médicaments antipsychotiques; (2) éducation et soutien familial; (3) traitements dynamiques en milieu communautaire

(p. 202). Or, McGlashan et coll. (1996) soulignaient à l'époque que tous ces traitements semblaient fonctionner uniquement le temps de leur administration (p. 202).

### **Médicaments neuroleptiques**

L'administration d'antipsychotiques est une composante essentielle et reconnue du traitement de la psychose. Ces médicaments servent à la fois à maîtriser les symptômes actifs et à prévenir la rechute (Sheitman et coll., 1997).

Le recours aux neuroleptiques à faible dose est actuellement la pierre angulaire des interventions thérapeutiques offertes au cours des premiers stades de la psychose. Les neuroleptiques utilisés par le passé comme l'halopéridol (Haldol®) ou la chlorpromazine (Thorazine®) – qui entraînent une amélioration des symptômes psychotiques positifs – étaient trop souvent prescrits à des doses excessives et produisaient différents effets indésirables comme les symptômes extrapyramidaux. Jusqu'à 30 p. 100 des personnes schizophrènes ne réagissent pas à ces neuroleptiques traditionnels ou éprouvent des effets secondaires débilissants.

La mise au point de neuroleptiques «atypiques» a marqué le traitement de la schizophrénie au cours des 10 dernières années. Il s'agit d'une nouvelle famille de médicaments dont les effets secondaires ont été considérablement réduits. Non seulement ces neuroleptiques atténuent les symptômes positifs, mais ils sont encore plus efficaces pour traiter les symptômes négatifs, qui risquent d'entraver sérieusement le rétablissement d'une personne et de s'aggraver à mesure que se succèdent les épisodes psychotiques.

Au nombre des neuroleptiques atypiques disponibles au Canada, signalons la rispéridone (Risperdal®), l'olanzapine (Zyprexa®) et la quétiapine (Seroquel®). Également utilisée, la clozapine (Clozaril®) n'est pas le médicament privilégié pour traiter un premier épisode psychotique. On la réserve plutôt aux personnes qui ne réagissent pas aux autres traitements ou qui ont de graves symptômes extrapyramidaux.

Le choix initial d'un neuroleptique dépend de l'évaluation clinique du patient, de sa compatibilité avec le médicament et de l'utilisation antérieure qu'en a fait le clinicien. Le dosage varie d'un médicament à l'autre et d'un patient à l'autre. À titre d'exemple, une dose quotidienne de rispéridone pourrait se situer entre 0,5 et 6 mg, une dose de quétiapine entre 25 et 800 mg et une dose d'olanzapine entre 5 et 20 mg.

Quel que soit le médicament choisi, l'important est de démarrer lentement et d'avancer progressivement. Les patients à leur premier épisode psychotique ne connaissent pas les neuroleptiques et n'ont jamais été exposés aux médicaments antipsychotiques. D'après les études, ils réagissent assez bien à de faibles doses de médicament mais peuvent éprouver des effets secondaires (en particulier des symptômes extrapyramidaux). À forte dose, les médicaments atypiques peuvent avoir sur eux des effets indésirables (Kopala et coll., 1997).

Les médicaments atypiques produisent parfois des effets autres que les symptômes extrapyramidaux. L'olanzapine, notamment, peut entraîner une prise de poids. S'il

est bien évident que les effets secondaires (y compris les symptômes extrapyramidaux) des générations précédentes de médicaments ne favorisaient pas la conformité des patients à leur médication, la prise de poids peut elle aussi miner la bonne volonté d'une personne.

Essentielle non seulement pour atténuer les symptômes immédiats mais également pour prévenir la rechute, la conformité au traitement est un défi de taille, surtout pour un jeune qui recommence à se sentir bien ou éprouve des effets secondaires désagréables. Dans leur analyse d'un échantillon d'études sur le traitement d'un premier épisode psychotique, Sheitman et collaborateurs (1997) recommandent de poursuivre le traitement pendant un ou deux ans et de le jumeler à une démarche psychosociale comprenant l'éducation du patient et de sa famille. Chez les sujets qui ont continué de prendre des médicaments, le taux de rechute au cours de la première année serait passé de 70 p. 100 à entre 30 et 40 p. 100 (Falloon et Shanahan, 1990). Parfois, on recommande aussi aux personnes qui ont vécu plusieurs épisodes psychotiques de poursuivre la médication à vie.

### **Interventions psychosociales**

Les recherches menées dans les années 1970 ont commencé à démontrer l'impact sur les risques de rechute des interventions psychosociales assorties à l'administration de médicaments antipsychotiques. Ainsi, une étude sur la combinaison de ces deux démarches thérapeutiques a observé chez les participants un taux de rechute de 9 p. 100 seulement (Hirsch et coll., 1973), comparativement à 30 p. 100 lors d'une autre étude sur l'utilisation exclusive de médicaments (Leff et Wing, 1971).

Linszen et coll. (1998) donnent quatre raisons expliquant la montée des interventions psychosociales dans les années 1970 et 1980 : problèmes de conformité à la médication (surtout attribuables aux effets indésirables des antipsychotiques); persistance des symptômes négatifs, réadaptation sociale limitée ou résistance au traitement; déshospitalisation et augmentation du rôle de la famille dans le processus de rétablissement; importance de «l'émotion exprimée» et de l'environnement affectif et familial du patient en voie de rétablissement appuyée par des conclusions scientifiques.

Les approches utilisées dans la pratique clinique et l'étude des interventions psychosociales se fondent sur le modèle stress-vulnérabilité. Selon Falloon et coll. (1996), les nouvelles stratégies psychosociales visent à atténuer l'impact des facteurs de stress environnementaux sur les personnes vulnérables au plan biologique, tout en encourageant leur intégration à la société (p. 3). Les neuroleptiques servent à soulager les symptômes primaires de la psychose (notamment les hallucinations, délires et troubles de la pensée), alors que les interventions psychosociales renseignent le patient et facilitent sa réadaptation pour l'aider à se rétablir complètement. Plus précisément, les interventions psychosociales aident les jeunes à retrouver leur équilibre mental, social et professionnel, et à améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, elles ont recours à la psychoéducation et à la participation de la famille.

La psychoéducation informe le jeune patient et les membres de sa famille sur le rôle du cerveau dans l'apparition de la psychose. Elle permet de leur enseigner des

techniques d'adaptation et de résolution de problèmes qui les aideront à composer avec les manifestations de la maladie et à obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques.

Une analyse de 15 études contrôlées sur les effets de diverses combinaisons thérapeutiques utilisées pour soigner les psychoses schizophréniques a constaté que la proportion de «mauvais résultats thérapeutiques» (p. ex. rechute, suicide, abandon du programme) sur une période d'un an était passée de 54 à 27 p. 100 lorsque l'éducation de la famille s'ajoutait à la gestion pharmacologique du cas (Falloon et coll., 1996). Les résultats s'améliorent encore davantage lorsqu'on intègre la résolution de problèmes et l'acquisition de compétences sociales. D'ailleurs, l'acquisition de compétences sociales semble avoir le plus d'impact sur l'issue du traitement, après l'éducation de la famille. En fait, l'administration d'un traitement complet (gestion de cas, éducation de la famille, résolution de problèmes et acquisition de compétences sociales) a fait chuter à 14 p. 100 le taux de mauvais résultats thérapeutiques en un an. C'est aussi pendant la première année suivant un épisode schizophrénique majeur que les bienfaits des interventions psychosociales sont les plus notables (p. 4).

Les interventions psychosociales mises au point jusqu'à présent ont des objectifs et des caractéristiques variés. Pour maximiser la gestion clinique de la schizophrénie, Falloon et coll. (1998) proposent d'intégrer les éléments suivants au traitement :

- ❑ gestion de cas complète, dynamique et adaptée aux besoins du patient et des personnes qui en prennent soin;
- ❑ administration de médicaments neuroleptiques en fonction des besoins changeants du patient;
- ❑ éducation des patients et de leurs parents ou amis soignants sur les aspects biomédicaux et psychosociaux de la schizophrénie, et sur sa gestion clinique intégrée;
- ❑ gestion du stress lié aux soins afin d'améliorer les capacités d'adaptation;
- ❑ service mobile et intensif d'intervention d'urgence;
- ❑ enseignement d'aptitudes à la vie quotidienne pour améliorer le fonctionnement social et favoriser l'atteinte des buts personnels;
- ❑ stratégies cognitivo-comportementales ou de traitement de la toxicomanie pour remédier à des problèmes précis.

Même si elles peuvent guider la démarche thérapeutique, les interventions jugées efficaces auprès de populations plus âgées ou plus atteintes doivent être adaptées et évaluées en fonction d'une clientèle jeune n'ayant souvent vécu qu'un seul épisode psychotique. Non seulement ces jeunes se trouvent à un stade développemental unique, ils n'ont été exposés ni aux médicaments neuroleptiques ni au système de santé mentale et semblent très vulnérables aux deux (Malla et Norman, 1999). Pour être efficace, le traitement doit tenir compte de ces différences.

## Modèles d'intervention précoce : EPPIC

Chef de file dans le domaine, l'organisme Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), situé à Melbourne en Australie, propose un modèle de gestion optimale du premier épisode psychotique. Voici une description de ce centre, tirée des ouvrages de McGorry et Edwards (1998) et de Power et coll. (1998).

Le centre EPPIC a ouvert ses portes en 1992. Il s'est donné pour mission de mettre sur pied un modèle contemporain de gestion du premier épisode psychotique à l'intention des jeunes de 16 à 30 ans. Le centre dessert une population de 800 000 personnes qui comprend un fort pourcentage d'immigrants récents, de familles à faible revenu et de chômeurs. Il offre des services complets qui peuvent s'échelonner sur deux ans et sont fournis soit en milieu communautaire, soit en établissement.

Le centre EPPIC accueille chaque année environ 500 personnes. D'entre elles, 300 reçoivent une évaluation formelle et 200 à 250 sont sélectionnées pour le traitement et le suivi. L'organisme compte 14 lits en établissement (21 par le passé). Ses objectifs : limiter le recours à l'hospitalisation; utiliser les doses les plus faibles possibles de neuroleptiques (équivalent de 2 à 5 mg d'halopéridol par jour); éviter les pratiques traumatisantes, comme l'isolement forcé et les contraintes.

Voici les composantes du programme du centre :

- ❑ équipe d'évaluation et de traitement communautaire durant les premiers stades de la psychose (appelée EPACK) – service de prise en charge (et éventuellement de traitement) offert 24 heures sur 24;
- ❑ gestion des cas en consultations externes;
- ❑ unité de traitement en établissement;
- ❑ interventions auprès de la famille;
- ❑ psychothérapie cognitive pour traiter les premiers stades de la psychose (appelée COPE);
- ❑ équipe d'évaluation rapide de la résistance au traitement (appelée TREAT);
- ❑ traitement systématique des symptômes positifs persistants (appelé STOPP);
- ❑ thérapie de groupe pour les personnes ayant des symptômes aigus ou en voie de rétablissement;
- ❑ programme LIFESPAN – brève thérapie cognitive destinée aux personnes extrêmement suicidaires;
- ❑ clinique d'évaluation de la situation personnelle et du potentiel de crise (appelée PACE) – évaluation et suivi des cas possibles de prodrome.

Malgré des limites d'interprétation d'ordre méthodologique, on a comparé la situation des clients du EPPIC à celle de sujets qui n'avaient pas encore fait appel aux services du centre. À 12 mois de suivi, le programme du centre était parvenu à réduire la durée et la fréquence des hospitalisations, à atténuer les symptômes négatifs et à améliorer la qualité de vie des clients à l'aide de doses réduites de neuroleptiques (McGorry et coll., 1996).

Comme le système du centre EPPIC ne cesse d'évoluer, la comparaison des données de cette époque avec des résultats plus récents fait ressortir des améliorations constantes (Power et coll., 1998). Un examen des résultats après trois mois d'intervention indique une baisse de la proportion de clients hospitalisés (de 84 à 63 p. 100), de la durée de l'hospitalisation (de 50 à 18 jours en moyenne) et des doses de neuroleptiques administrées sans perte d'efficacité. Selon les toutes dernières indications, plus de 30 p. 100 des personnes ayant un premier épisode psychotique peuvent demeurer dans la collectivité pendant la phase aiguë de la maladie, à condition d'avoir accès à une évaluation et un traitement efficaces. Qui plus est, grâce aux initiatives d'éducation communautaire de l'EPACT, la proportion de clients orientés par des membres de la famille et des amis est passée de 10 p. 100 pendant les six premiers mois du programme à 25 p. 100 au cours des six mois suivants. Durant la même période, les recommandations des omnipraticiens seraient passées de 5 à 10 p. 100 (Edwards et coll., 1998).

### **Orientations futures : le prodrome**

Comme il a déjà été mentionné, on tente de plus en plus d'identifier les cas potentiels de psychose au stade prodromique dans le but de prévenir ou de retarder le déclenchement de la maladie, et d'en réduire l'impact. Or, l'une des difficultés principales réside dans l'élaboration d'une définition opérationnelle suffisamment concise du concept de prodrome pour éviter l'accumulation de diagnostics positifs erronés.

McGlashan et coll. (1996) retracent les travaux de Falloon (1992), premier scientifique à tenter d'administrer un traitement avant le déclenchement de la maladie. Les essais de Falloon ont eu lieu entre 1984 et 1989 dans le comté de Buckingham en Angleterre. Les 16 médecins de famille responsables des besoins médicaux et psychiatriques de la collectivité de 35 000 personnes ont reçu une formation leur permettant de reconnaître les signes prépsychotiques et d'aiguiller les patients vers une équipe de soins psychiatriques. L'évaluation initiale de ces patients avait lieu quelques minutes ou quelques heures suivant l'orientation, la plupart du temps à la maison. Ceux qui présentaient des signes avant-coureurs de la psychose étaient ensuite évalués de plus près. Les personnes au stade prodromique de la maladie recevaient, à domicile, l'information et le soutien nécessaires pour composer avec le stress. On leur donnait également de faibles doses de neuroleptiques (thioridazine ou chlorpromazine, à raison de 25 à 100 mg par jour) selon leurs besoins, pendant de brèves périodes ne dépassant pas deux semaines en général. Sur plus de 1 000 adultes orientés, 16 personnes semblaient présenter des signes avant-coureurs de la maladie et une seule vivait un premier épisode de psychose aiguë apparentée à schizophrénie. Les symptômes de la patiente en phase psychotique se sont dissipés en quatre semaines grâce à un traitement en consultations externes comprenant l'administration de neuroleptiques

à faible dose et la gestion du stress. Les 15 autres patients ont suivi divers traitements adaptés à leurs besoins et sont parvenus à se rétablir.

De récentes études prospectives à grande échelle ont exploré les signes avant-coureurs de la schizophrénie (Murray, 1999). Certains symptômes seraient déjà présents dès l'enfance, dont l'isolement social, un décalage de cinq points par rapport au QI moyen, de légers problèmes de coordination et des prédispositions à l'angoisse sociale. Selon l'auteur, la psychose ne se déclare pas subitement à l'âge de 22 ou 23 ans. Il précise que, même si les participants à l'étude n'ont pas éprouvé de symptômes psychotiques avant le début de la vingtaine, ils étaient déjà déviants à l'âge de six ans et leur situation s'est aggravée à l'approche de l'adolescence (p. 9).

À l'échelle internationale, il existe en ce moment plusieurs cliniques de recherche qui s'emploient à clarifier les paramètres du prodrome et à mettre en place des interventions adéquates et efficaces. Cependant, l'utilisation de médicaments antipsychotiques à l'extérieur du milieu officiel de la recherche auprès de personnes ayant des signes prépsychotiques soulève des préoccupations d'ordre moral.

### **Meilleures pratiques actuelles**

Ce document présente sommairement la question de l'intervention durant les premiers stades de la psychose; c'est pourquoi il fait référence à certains aspects ou exemples des meilleures pratiques actuellement utilisées dans ce domaine. Ces pratiques se raffineront probablement au fil des recherches menées sur le terrain.

Parmi ces meilleures pratiques, on note l'adoption du terme «intervention précoce» : on parle d'une «intervention» adaptée aux besoins de l'individu et appliquée à un stade «précoce» de la psychose, c'est-à-dire le plus rapidement possible.

### **Principaux éléments de l'intervention précoce**

- Réduction de la DPNT grâce à l'éducation

Pour réduire la durée de la psychose non traitée, il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé, les enseignants, les familles et les membres des collectivités à la nature de la psychose. Mais cette connaissance de la psychose et de ses symptômes doit s'accompagner d'un meilleur accès à des traitements efficaces.

❑ Évaluation et contexte des soins : créer une alliance thérapeutique

Lorsqu'une personne semble présenter des symptômes psychotiques, des professionnels qualifiés doivent être en mesure de procéder à une évaluation attentive et complète de son état. Pour bon nombre des personnes atteintes, il s'agit là d'un premier contact avec les services de santé mentale. C'est donc l'occasion, pour les praticiens, d'établir une relation positive, honnête et respectueuse (une «alliance thérapeutique») avec les jeunes clients et leur famille. Cette démarche est perçue comme la clé d'une relation thérapeutique continue et productive.

❑ Participation et soutien de la famille

La plupart des jeunes qui vivent un premier épisode psychotique habitent avec leur famille. Leurs proches peuvent jouer un rôle significatif dans leur rétablissement, à condition de recevoir l'information et le soutien nécessaires, et de participer au processus thérapeutique.

❑ Traitement complet, adapté au stade de la maladie et personnalisé comprenant l'administration de neuroleptiques à faible dose, la psychoéducation et le soutien psychologique

Combinées à une alliance thérapeutique réaliste et constructive, ces trois composantes peuvent avoir une influence positive sur la vie des jeunes atteints de psychose.

❑ Engagement à maintenir les gains à long terme

La psychose constitue une grave atteinte physiologique dont le rétablissement exige beaucoup de temps. Les stratégies d'intervention précoce, même les mieux conçues, ne sont pas des panacées. Les connaissances actuelles sur la période critique, les observations cliniques et la recherche donnent à penser que les personnes atteintes pourraient avoir besoin d'intervention précoce en consultations externes pendant deux ans ou plus. L'affectation des ressources prend donc une importance primordiale.

## Conclusion

Ce document a fait un survol d'un domaine complexe et excitant qui se développe et s'enrichit constamment. La pertinence des approches et stratégies actuelles d'intervention précoce est confirmée par de plus en plus de recherches traitant, entre autres, de la durée de la psychose non traitée, de l'efficacité des neuroleptiques à faible dose, de l'éducation et des mécanismes de soutien psychosocial. La poursuite des activités de recherche demeure une composante essentielle de l'évolution des pratiques d'intervention précoce.

Étant donné les nombreuses directions que peut prendre la maladie après un premier épisode psychotique et la nature hétérogène de la schizophrénie, l'intervention précoce ne suivra probablement jamais une approche universelle figée

qui convient à tous les patients. Elle prendra plutôt la forme d'une série de stratégies éprouvées que des cliniciens compétents devront adapter aux besoins particuliers de chaque personne.

En définitive, la réussite de ces stratégies reposera sur les efforts conjugués de membres de la collectivité et de praticiens qualifiés. Pour réduire, par exemple, la durée de la psychose non traitée, la collectivité dans son ensemble, y compris les professionnels qui travaillent auprès du public (comme les enseignants et les médecins de famille), devra participer activement au dépistage précoce des jeunes ayant des symptômes psychotiques. Elle devra aussi faciliter le rétablissement des jeunes atteints de psychose. Et que faire sans une équipe clinique bien informée et expérimentée, qui dispose de ressources suffisantes? C'est en travaillant main dans la main que les citoyens et les professionnels pourront réaliser tout le potentiel de l'intervention précoce. Même si nous ne pouvons pas encore affirmer que l'intervention précoce peut modifier l'issue de la schizophrénie à long terme, nous pouvons néanmoins souligner son rôle crucial en prévention.

### **Épilogue : le contexte canadien**

Par sa contribution à la recherche et aux pratiques dans le domaine de l'intervention précoce, le Canada est un acteur important de la communauté internationale. Il compte d'ailleurs des centres de traitement et de recherche réputés à Calgary (Alberta), à London et Toronto (Ontario) et à Halifax (Nouvelle-Écosse). En plus de participer au développement des concepts et interventions du domaine, ces centres embrassent différents champs de recherche ayant trait au prodrome, à la pharmacothérapie, à la neurologie, à la toxicomanie et aux interventions psychosociales. D'ailleurs, l'équipe clinique chargée des troubles psychotiques à l'Université McMaster de Hamilton (Ontario) est reconnue pour son engagement envers l'intervention précoce. Ce projet de l'ACSM devient donc l'allié naturel des activités cliniques et scientifiques en prévention secondaire.

## **GLOSSAIRE**

### **Symptômes positifs**

- hallucinations
- idées délirantes

### **Désorganisation mentale**

- confusion et paroles incohérentes
- comportement désorganisé

### **Symptômes négatifs**

- absence de réactions affectives
- manque de motivation ou d'énergie
- désintérêt généralisé
- vocabulaire limité

### **Effets secondaires extrapyramidaux**

- agitation, rigidité musculaire, tremblements, symptômes rappelant la maladie de Parkinson

## BIBLIOGRAPHIE

*L'astérisque (\*) désigne un document qui n'est pas examiné, mais cité par une autre source. Cette source est précisée.*

ADDINGTON, J. et D. Addington. «Effect of substance misuse in early psychosis», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 134-136.

BIRCHWOOD, M., P. Todd et C. Jackson. «Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 53-59.

EDWARDS, J. et P.D. McGorry. «Early intervention in psychotic disorders: a critical step in the prevention of psychological morbidity» dans *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*, C. Perris et P.D. McGorry (éd.), New York, Wiley and Sons Ltd, 1998.

EDWARDS, J., D. Maude, P.D. McGorry, S.M. Harrigan et J.T. Cocks. «Prolonged recovery in first-episode psychosis», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 107-116.

FALLOON, I.R.H., J.H. Coverdale et C. Brooker. «Psychosocial interventions in schizophrenia: A review», *International Journal of Mental Health*, vol. 25 n° 1, 1996, p. 3-21.

FALLOON, I.R.H., J.H. Coverdale, T.M. Laidlaw, S. Merry, R.R. Kydd et P. Morosini. «Early intervention for schizophrenic disorders: Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 33-38.

\*FALLOON, I.R.H. et W.J. Shanahan. «Community management of schizophrenia», *British Journal of Hospital Medicine*, vol. 43, 1990, p. 62-66. Cité dans Falloon et coll., 1998.

\*HIRSCH, S., R. Gajnd, P. Rohde, B. Stevens et J. Wing. «Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: double-blind placebo trial», *British Medical Journal*, vol. 1, 1973, p. 633-637. Cité dans Linszen et coll., 1998.

KOPALA, L.C., K.P. Good et W.G. Honer. «Extrapyramidal signs and clinical symptoms in first-episode schizophrenia: Response to low-dose risperidone», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 17, 1997, p. 308-313.

LARSEN, R.K., J.O. Johannessen et S. Opjordsmoen. «First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis: Pathways to care», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 45-52.

\*LEFF, J. et J. Wing. «Trial of maintenance therapy in schizophrenia», *British Medical Journal*, vol. 3, 1971, p. 599-604. Cité dans Linszen et coll., 1998.

LIEBERMAN, J.A., J. Alvir, M. Woerner et coll.. «Prospective study of psychobiology in first episode schizophrenia at Hillside Hospital», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, 1992, p. 351-371.

\*LIEBERMAN, J.A., A.R. Koreen, M. Chakos, B. Sheitman, M. Woerner, J. Alvir et coll. «Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: Implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 57 (suppl.), 1996, p. 5-9. Cité dans Edwards et McGorry, 1998.

LINCOLN, C., S. Harrigan et P.D. McGorry. «Understanding the topography of the early psychosis pathways», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 21-25.

LINSZEN, D.H., P.M.A.J. Dingemans, W.F. Scholte, M.E. Lenior et M. Goldstein. «Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia», *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13 (suppl. 1), 1998, p. S7-S12.

LOEBEL, A.D., J.A. Lieberman, J.M.J. Alvir, D.I. Mayerhoff, S.H. Geisler et S.R. Szymanski. «Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, 1992, p. 1183-1188.

MALLA, A.K. et R.M.G. Norman. «Pour relever les défis que comportent les interventions précoces dans le domaine des psychoses», *Annales du CRMCC*, vol. 32, 1999, p. 394-397.

MALLA, A.K., R.M.G. Norman et L.P. Voruganti. «Improving outcome in schizophrenia: The case for early intervention», *JAMC*, vol. 160, 1999, p. 843-846.

MCGLASHAN, T.H. et J.O. Johannessen. «Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22, 1996, p. 201-222.

MCGORRY, P.D. et J. Edwards. *Early Psychosis Training Pack*, Macclesfield, Cheshire, Gardiner-Caldwell Communications Ltd., 1997.

MCGORRY, P.D. et J. Edwards. «The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: The Australian experience», *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13 (suppl. 1), 1998, p. S47-S52.

MCGORRY, P.D., J. Edwards, C. Mihalopoulos, S.M. Harrigan et H.J. Jackson. «EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22, 1996, p. 305-326.

MUESER, K.T. et S.M. Glynn. *Behavioral therapy for psychiatric disorders*, Allyn and Bacon, New York, 1995.

MURRAY, R. «Schizophrenia has origins in childhood, says British Expert», article paru dans *Psychiatric News*, vol. 9, n° 31 (19 mars 1999).

NATIONAL EARLY PSYCHOSIS PROJECT CLINICAL GUIDELINES WORKING PARTY. *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*, National Early Psychosis Project, Université de Melbourne, Australie, 1998.

NORMAN, R. et A. Malla. «Stressful life events and schizophrenia I: A review of the research», *British Journal of Psychiatry*, vol. 162, (1993a), p. 161-166.

NORMAN, R. et A. Malla. «Stressful life events and schizophrenia II: Conceptual and methodological issues», *British Journal of Psychiatry*, vol. 162 (1993b), p. 166-174.

OFFICE CANADIEN DE COORDINATION DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. Article paru dans *Doctor's Guide* (19 septembre 1999), <http://www.pslgroup.com/dg/399d6.htm>, disponible en anglais seulement.

POWER, P., K. Elkins, S. Adlard, C. Curry, P. McGorry et S. Harrigan. «Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis», *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), 1998, p. 71-76.

SHEITMAN, B.B., H. Lee, R. Strauss et J.A. Lieberman. «The evaluation and treatment of first-episode psychosis», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 23, n° 4, 1997, p. 653-661.